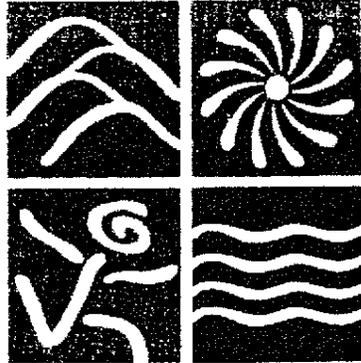


ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO



DEPARTAMENTO
DE RECREACIÓN
■ Y DEPORTES ■

**PROCEDIMIENTO
PARA SOLICITAR Y CONCEDER
ACOMODO RAZONABLE**

**OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS
HUMANOS Y RELACIONES LABORALES**

INTRODUCCIÓN

Es política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico velar porque se cumplan las leyes que protegen a las personas con impedimentos.

El Departamento de Recreación y Deportes, creado por la Ley núm. 8 del 8 de enero de 2004, reconoce además que tanto la Ley núm. 44 del 2 de julio de 1985, según enmendada, como la ley publica 101-336 (42 U.S.C. 12101 y siguientes), conocida como Americans With Disabilities Act o ADA, requieren que se hagan acomodos razonables a los impedimentos conocidos de todo empleado con impedimento cualificado una vez éste lo informe a su patrono, y a todo aspirante a empleo que lo solicite.

A tono con lo anterior el Departamento de Recreación y Deportes establece este procedimiento interno para solicitar o conceder acomodo razonable para ser usado por los empleados que necesitan acomodo razonable para ejercer las funciones esenciales del empleo, y para los aspirantes a empleo.

**Procedimiento para Solicitar y Conceder
Acomodo Razonable
En el Departamento de Recreación y Deportes**

Artículo 1 Base Legal

Este procedimiento interno de solicitud y concesión de acomodo razonable se establece de conformidad con los poderes que otorga la Ley núm. 8 del 8 de enero de 2004, que crea el Departamento de Recreación Y Deportes, y de conformidad con la Ley núm. 44 del 2 de julio de 1985 según enmendada y la Americans With Disabilities Act, ley pública 101-336, mejor conocida como ADA.

Artículo 2 Definiciones

- 2.1 Acomodo Razonable** – Significará el ajuste lógico, adecuado o razonable que permita a una persona con impedimento cualificada, ejecutar o desempeñar las funciones esenciales de un puesto. Incluye, pero no se limita a: ajustes en el área o condiciones del trabajo, construcción de facilidades físicas, adquisición de equipo especializado, así como cualquier otra acción que razonablemente le facilite el ajuste a una persona con limitaciones físicas, mentales o sensoriales en su trabajo y que no representa dificultad excesiva o costo oneroso.
- 2.2 Aspirante a Empleo** – Persona que ha llenado y completado una solicitud de empleo en la agencia, y que ha sido citado a comparecer a entrevista o a tomar examen.
- 2.3 Condición Ocupacional** – Significará incapacidad física o mental del empleado para realizar su trabajo. La misma no puede haber sido provocada por hábitos viciosos o mala conducta.
- 2.4 Costo Oneroso ("Undue Hardship")** – Significará una acción que requiera un gasto o una dificultad excesiva cuando se considera a la luz de: la naturaleza y el costo del acomodo razonable, los recursos económicos del Departamento y el efecto que tendrá el acomodo razonable sobre las operaciones de la agencia.
- 2.5 Departamento** – Significará el Departamento de Recreación y Deportes.
- 2.6 Funciones Esenciales** – Significará las tareas fundamentales del empleo o puesto que ocupa la persona con impedimentos. El termino no incluye las tareas o funciones marginales del puesto. Al determinar cuales son las tareas esenciales del puesto se considerará, entre otras: la descripción y los deberes del puesto, la cantidad de tiempo que se utiliza en desempeñar las

funciones y las consecuencias de no requerirle al incúmbete del puesto que desempeñe dichas funciones.

- 2.7 **Limitación Sustancial en las Principales Actividades del Trabajo** – Significará el grado de dificultad para realizar una función de trabajo comparado con un empleado promedio de igual destreza y habilidad
- 2.8 **Persona con Impedimentos** – Significará toda persona con un impedimento de naturaleza motora, mental o sensorial, que le obstaculice o limite sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida; que tiene historial de un impedimento o es considerada una persona con tal impedimento.
- 2.9 **Persona con Impedimento Cualificada** – Es aquella persona con impedimentos que está capacitada para realizar las funciones esenciales de ese empleo con o sin acomodo razonable.
- 2.10 **Secretario** – Significará el director o primer oficial ejecutivo del Departamento de Recreación y Deportes.
- 2.11 **Veterano Incapacitado** – Persona con derecho a compensación por incapacidad bajo las leyes administradas por la administración federal de veteranos, con un 30 por ciento o más de incapacidad, o cuyo licenciamiento o separación del servicio militar activo fue por incapacidad relacionada con el servicio, y puede desempeñar las funciones esenciales de la plaza con o sin acomodo razonable.

Artículo 3 Procedimiento

3.1 Este procedimiento será de aplicación a los aspirantes a empleo y a los empleados del Departamento.

- A. Toda persona con impedimentos cualificada que entienda que su condición lo está afectando para realizar o desempeñar alguna de las funciones esenciales del puesto que ocupa, deberá notificar por escrito la situación a su supervisor inmediato.
- B. Toda persona con impedimento cualificada deberá indicar cual o cuáles son los acomodos razonables que necesita, a los fines de poder ejercer las funciones esenciales del puesto

1. Si la persona que solicita un acomodo, pero no puede especificar la naturaleza del mismo, la agencia, en conjunto con dicha persona con impedimento deberá coordinar la identificación del acomodo apropiado.

2. La persona someterá toda la evidencia médica necesaria para establecer la necesidad y la duración de los acomodos razonables solicitados.

- C. Toda persona con impedimento cualificada someterá toda la evidencia médica necesaria para establecer las limitaciones relativas a su impedimento
- D. El supervisor, dentro de los próximos 5 días laborables siguientes luego de completada la solicitud de acomodo, deberá enviar un informe, acompañado de la evidencia médica pertinente, a la Oficina de Recursos Humanos.
- E. La Oficina de Recursos Humanos dentro de los siguientes 5 días laborables, contados a partir del recibo del informe del supervisor, deberá rendirle un informe al secretario con su recomendación.
- F. De ser esas recomendaciones contrarias a lo solicitado por el empleado, el secretario notificará su determinación por escrito, advirtiéndole al empleado su derecho a solicitar reconsideración. El empleado tendrá un término de 5 días laborables de tal notificación para solicitar dicha consideración, la cual deberá presentarse ante la oficina de servicios legales.
- G. La Oficina de Servicios Legales citará al empleado a una vista informal en el término de 5 días laborables contados a partir de la solicitud de reconsideración. Celebrada la vista el Director de la Oficina de Servicios Legales o la persona que éste designe rendirá un informe al secretario el cual contendrá determinaciones de hecho y conclusiones de derecho y sus recomendaciones.
- H. El secretario notificará su determinación al empleado cualquiera que sea, advirtiéndole de su derecho a apelar ante La Junta de Apelaciones del Sistema de Administración de Personal (JASAP) y si es unionado ante La Comisión de Relaciones del Trabajo del Servicio Público dentro del término de 30 días.
- I. Para efectos de este procedimiento no serán consideradas personas con impedimentos las siguientes:
 - 1. Los homosexuales y bisexuales

2. Los transvestistas, transexuales, pedófilos, exhibicionista, desórdenes de identidad sexual que no son producto de impedimentos físicos o cualquier otro desorden de la conducta sexual.
3. Los apostadores compulsivos, cleptómanos y piromaniacos;
4. Los adictos activos al uso de drogas ilegales, según se definen en la ley de sustancias controladas federal.
5. Los alcohólicos activos.

Artículo 4 Responsabilidades

4.1 Ejecutivos y Supervisores: Serán responsabilidades de velar por el fiel cumplimiento de este procedimiento y de tomar las acciones correspondientes.

4.2 Empleados o Aspirantes a Empleo: Será responsabilidad de todo empleado o aspirante a empleo poner al Departamento en condición de decidir si concede o no los beneficios de un acomodo razonable. Para ello el empleado o solicitante deberá proveer toda la información que sea requerida antes de que el Departamento tome una determinación en su caso.

4.3 Oficina de Recursos Humanos: Será responsable de estudiar cada petición que le sea presentada, procesarla y tomar las determinaciones correspondientes, según se detalla a continuación:

1. Evaluará la condición o impedimento del empleado.
2. Evaluará las funciones del puesto con relación a la condición de salud del empleado.
3. Identificará los acomodos potenciales en consulta con el solicitante del acomodo, y la efectividad de éstos, para que el solicitante pueda llevar a cabo las funciones esenciales del puesto. Tomará en consideración la preferencia de acomodo del solicitante y seleccionará el acomodo más apropiado para el empleado y el Departamento.
4. Orientará a los solicitantes, mantendrá expedientes de todos los casos y dará seguimiento a los acomodos concedidos para asegurarse de su efectividad.
5. Someterá al secretario las recomendaciones sobre cada petición.
6. Informará a los aspirantes a empleo la determinación sobre cada caso y la transacción de personal que se vaya a efectuar, si alguna.

Artículo 5 Criterios a Evaluarse

5.1 Se atenderán y dará prioridad a los casos tomando en consideración los siguientes criterios:

1. Gravedad demostrada en la condición de salud y las limitaciones del empleado para realizar las funciones esenciales del puesto que ocupa.
2. Las características y necesidades individuales de cada caso en particular y la naturaleza del trabajo.
3. El efecto económico que tendrá el acomodo razonable sobre la operación de la agencia.

Artículo 6 Normas Generales

6.1 Para la evaluación y tramitación de toda solicitud de acomodo razonable, será requisito completar previamente un expediente de cada caso. Ninguna solicitud se tomará en consideración hasta tanto se cuente con un expediente completo.

6.2 Será compulsorio para la tramitación del acomodo razonable el presentar en la Oficina de Recursos Humanos el formulario Solicitud para Acomodo Razonable, acompañado de una Certificación Médica.

1. Deberá proveer, una certificación médica clara y precisa sobre las limitaciones de su condición, ya sean de naturaleza ocupacional o no. Esto incluye, pero no se limita a, proveer la documentación correspondiente del Fondo del Seguro del Estado o La Comisión Industrial, según sea el caso.

6.3 Todo empleado o solicitante al firmar la solicitud para acomodo razonable, accederá a someterse a aquellas pruebas que resulten necesarias para la adecuada evaluación por parte de los facultativos que el Departamento contrate o refiera, para obtener la información médica pertinente, tanto de médicos particulares como del Fondo del Seguro del Estado o La Comisión Industrial, según sea el caso.

6.4 El Departamento podrá, discrecionalmente, referir al empleado solicitante a una evaluación médica independiente cuando así lo estime pertinente. El facultativo médico determinará la gravedad de la condición de salud reclamada.

6.5 Será responsabilidad del empleado mantener al Departamento informado sobre el status de su caso ante el Fondo del Seguro del Estado, La Comisión Industrial o cualquier otro organismo pertinente.

6.6 La Oficina de Recursos Humanos determinará, previa certificación médica, si la incapacidad reclamada por el solicitante es de carácter parcial, permanente o parcial temporera. De determinarse que la incapacidad es de carácter temporero, se le requerirá al empleado someterse a un proceso de seguimiento y terminada dicha incapacidad regresará a su puesto.

6.7 La Oficina de Recursos Humanos determinará, de acuerdo a la condición específica de salud del empleado y la evidencia médica sometida, si éste puede realizar las funciones esenciales del puesto que

ocupa. La determinación se hará luego de considerar la posible modificación o reestructuración del trabajo, la alteración al lugar de trabajo, el equipo, los procedimientos y la eliminación de barreras arquitectónicas. De lo anterior no ser viable se le considerará para un cambio a otro puesto de acuerdo a su condición de salud. Todo lo anterior será considerado siempre y cuando no constituya un costo oneroso para el Departamento. El Departamento no proveerá modificaciones o ajustes que sean primordialmente para el uso personal del empleado o solicitante tales como espejuelos o audifonos.

6.8 El Departamento auscultará sobre la disponibilidad de los solicitantes para ejecutar funciones esenciales en otros puestos disponibles.

6.9 Un empleado podrá beneficiarse de todas aquellas acciones de acomodo razonable o cambio de puesto por una misma condición de salud o agravante de la misma u otras condiciones relacionadas que sean necesarias, siempre y cuando no constituyan un costo oneroso para el Departamento.

6.10 Un empleado podrá rechazar un ofrecimiento de acomodo razonable por razones médicas que justifiquen tal acción. Este tendrá un término de hasta diez (10) días laborables para someter las justificaciones médicas, a partir de la fecha en que le sea notificado el ofrecimiento de acomodo razonable.

6.11 En casos de cambio de puesto o traslado, los puestos a ofrecerse serán al mismo nivel del puesto que ocupa el solicitante o de un nivel inferior. El empleado deberá estar cualificado para ocupar el puesto. El salario del empleado no se verá afectado. No se considerarán puestos que conlleven ascenso de existir uno igual o inferior.

6.12 Si el empleado es ubicado en un puesto al mismo nivel que el que ocupa anteriormente, pero con funciones sustancialmente distintas a las que realizaba anteriormente, se le asignará el periodo probatorio requerido a la clase de puesto que pase a ocupar. Del empleado no aprobar el período probatorio por razones exclusivas de ejecutorias, regresará al puesto que ocupaba antes del acomodo razonable

6.13 Los puestos de empleados que queden vacantes como resultado de un acomodo razonable no serán cubiertos de forma permanente mientras el empleado se encuentre en el periodo probatorio del puesto al que fue cambiado.

6.14 Un empleado no podrá negarse a someterse a una evaluación médica con el facultativo que determine el Departamento. El así hacerlo se entenderá como que ha desistido de su interés en un acomodo razonable.

6.15 Los acomodados se concederán tomando en consideración las necesidades particulares de cada caso.

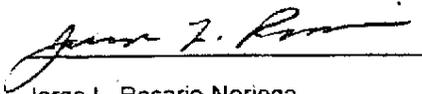
Artículo 7 Separabilidad

En caso de que un tribunal con jurisdicción competente declare inválido, nulo o ineficaz cualquier disposición de este procedimiento, las demás disposiciones seguirán rigiendo con toda su fuerza de ley.

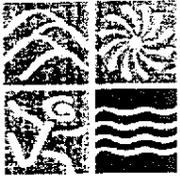
Artículo 8 Vigencia

Este procedimiento tendrá vigencia inmediata a su aprobación.

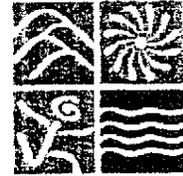
En San Juan, Puerto Rico. Hoy 14 de julio de 2004.



Jorge L. Rosario Noriega
Secretario
Departamento de Recreación y Deportes



DEPARTAMENTO
DE RECREACIÓN
Y DEPORTES



DEPARTAMENTO
DE RECREACIÓN
Y DEPORTES

ACOMODO RAZONABLE

Autorizo a que se discuta mi situación médica y laboral con los profesionales y miembros del equipo de trabajo necesario para ayudarme con relación a mi solicitud de acomodo razonable.

Nombre:

Puesto:

Oficina:

Firma:

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MEDICA

Yo, _____
autorizo a _____

solicitar y obtener toda la información médica necesaria, tanto de médicos particulares como del Fondo del Seguro del Estado. La misma se utilizará para evaluar si la condición o impedimento cumple con los requerimientos de la "American With Disabilities Act" (Ley ADA), para un acomodo razonable.

Firma

Fecha

NOTA:

La información que se recopila en virtud de éste proceso cumple con los requerimientos de la Ley HIPAA.



SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE



Nombre:

Puesto que ocupa:

Número de Ponchar:

Lugar de Trabajo:

Supervisor Inmediato:

Dirección Residencial:

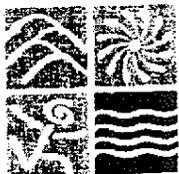
Teléfono de la casa:

Teléfono del Trabajo:

Caso F.S.E. # (si aplica) :

Funciones esenciales del puesto:

Funciones marginales:



DEPARTAMENTO
DE RECREACION
Y DEPORTES

Fecha de Radicación _____

Nombre del Empleado
Nombre en letra de Moide

Firma del Empleado _____

Nombre del Supervisor
Nombre en letra de Moide

Fecha: _____

Nota al solicitante:

Usted debe ser capaz de desempeñar las tareas esenciales de su puesto con o sin acomodo. Es su responsabilidad documentar su solicitud acompañándola de información médica. Cualquier información médica que suministre en la Corporación del Fondo del Seguro del Estado y otras fuentes de tratamiento documentan su petición y se consideran recomendaciones. Es necesario que un especialista en el área establezca las limitaciones funcionales. Para cumplir con lo estipulado por la Ley puede ser necesario requerirle que se someta a una evaluación médica.

Recibido por: _____
Firma

Fecha: _____
d/m/a

Esta información es confidencial cubierta por la Ley HIPAA.



MEDICOS Y FUENTES DE TRATAMIENTO

Re: **Acomodo Razonable: (Nombre)**

Fecha: _____
Día/Mes/Año

Con el propósito de cumplir con las disposiciones reglamentarias de la "American with Disabilities Act" (Ley Pública Núm. 101-336 del 26 de julio de 1990, (ADA), hemos diseñado un formulario para obtener información médica que documente las condiciones, impedimentos físicos o mentales que afectan las actividades laborales de su paciente.

La información ofrecida será utilizada para fines de determinar si la condición o impedimento del empleado cumple con los requerimientos de la citada ley para un "Acomodo Razonable". En el proceso de calificar al empleado, necesitamos documentar una condición severa y permanente que afecte las funciones esenciales de vida. La información obtenida se incorporará a cualquier otra recomendación médica que nos permita hacer ajustes adecuados al escenario de trabajo del empleado (a).

INSTRUCCIONES:

1. Considere el historial médico, la cronología de los hallazgos y la duración o permanencia de cualquier limitación física y mental para desempeñar las funciones esenciales de su trabajo.
2. Marcar el encasillado más adecuado.
3. Responder a las preguntas relacionada con la habilidad del empleado para ejercer los mismos.
4. Identificar los hallazgos médicos particulares que justifican la condición de cualquier limitación. Ejemplo: Los hallazgos de exámenes físicos, radiografías, resultados de laboratorios, historial de síntomas, etc.
5. Contestar las preguntas en palabras sencillas y en español dentro de lo que sea posible.
6. Si necesita información adicional o discutir cualquier situación en beneficio de su cliente, puede llamar al (787) 721-2800 extensión 1648, 1649 ó 1619.

NOTA: La información que se recopila en virtud de este proceso cumple con los requerimientos de la Ley HIPAA.



EVALUACIÓN MEDICA Acomodo Razonable

Nombre:
Síntomas o Queja Principal:
El empleado ha estado bajo cuidado médico
Desde:
Hasta:
Diagnóstico:
La condición se considera: Temporera [<input type="checkbox"/>] Permanente [<input type="checkbox"/>]
Si es temporera, estime el tiempo:

ES IMPORTANTE QUE SEA PRECISO AL IDENTIFICAR LOS HALLAZGOS MEDICOS EN AQUELLAS AREAS QUE REDUCEN LA CAPACIDAD FÍSICA DEL EMPLEADO PARA REALIZAR LAS FUNCIONES DEL PUESTO.

¿La actividad de "levantar o cargar" está afectada por alguna condición o impedimento?

Si [] No [] No Aplica []

De contestar SI ¿Cuántas libras puede el empleado levantar o cargar? _____ libras

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿La actividad de "pararse o caminar" está afectada por la condición o impedimento? Si [] No []

De contestar SI ¿Cuántas horas al día laborable de siete y media hora (7 1/2) puede caminar o estar parado?

Total _____ horas

Sin interrupción _____

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Se afecta el estar "sentado" por la condición o impedimento? Si [] No []

De contestar SI ¿Cuántas horas de un día laborable de siete y media (7 1/2) horas puede estar el empleado sentado?

Total _____ horas Sin interrupción _____

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Con qué frecuencia puede el empleado realizar las siguientes actividades?

Actividad	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
Trepar, subir, encaramar			
Balance, equilibrio (hacer)			
Doblarse, inclinarse			
Agacharse			
Arrodillarse			
Arrastrarse			

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Están afectadas las siguientes actividades por la condición o impedimento?

Actividad	SI	NO
Alcanzar		
Palpar		
Empujar		
Hablar		
Destrezas manuales		
Ver		
Leer		
Escuchar		
Respirar		
Cuidado personal		

¿Cómo están afectadas las actividades identificadas SI con las tareas que realiza el empleado?

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

¿Cuáles de las siguientes restricciones ambientales son causadas por la condición o impedimento?

RESTRICCIONES AMBIENTALES	SI	NO
Alturas		
Mover maquinaria		
Temperaturas extremas		
Químicos		
Polvo		
Ruido		
Humo		
Humedad		
Vibración		
Otros (especifique)		

¿Cuáles de las siguientes restricciones son causadas por la condición o impedimento emocional? Si aplica:

RESTRICCIONES AMBIENTALES	SI	NO
Capacidad para sostener la concentración en un ambiente de trabajo		
Capacidad para tolerar condiciones estrésicas o presión excesiva		
Habilidad para adquirir o aplicar conocimiento		
Capacidad para tomar decisiones		
Habilidad para seguir instrucciones		
Habilidad para relacionarse con compañeros y superiores		
Aceptación de supervisión		

¿Cómo afectan las restricciones identificadas SI las tareas que realiza el empleado?

¿Cuáles son los hallazgos médicos que apoyan esta evaluación?

Si el empleado necesita algún equipo asistivo, por favor incluya especificaciones:

Otra información que permita hacer las decisiones sobre el acomodo la más adecuada.

Nombre del Médico:	
Especialidad:	
Dirección Postal:	
Teléfono:	
Fax:	
Firma:	
Lic. #	

PERSONAL Y CONFIDENCIAL
PROCESO DE ACOMODO RAZONABLE
INFORME DEL SUPERVISOR

Nombre del Empleado que solicita el acomodo:
Número de ponchar:
Años en el puesto:
Supervisor inmediato:
Tiempo supervisando al empleado:
Dirección del centro de trabajo:
Teléfono:
Fax:

¿Cuáles son las funciones esenciales que establece la OP-16 del empleado?

Si el empleado no está desempeñando las tareas que establece su OP-16, indique cuales está desempeñando:

¿Cuáles de estas funciones esenciales están limitadas por su impedimento?

¿Fue el acomodo solicitado voluntariamente por el empleado? SI [] NO []
Explique.

El acomodo solicitado consiste en:

¿Puede el empleado con o sin el acomodo hacer sus funciones esenciales? SI [] NO []
Explique:

El acomodo solicitado fue otorgado: SI [] NO []

Si no se le otorgó, ¿qué acomodos o alternativas de acomodo se han ofrecido al empleado?

Tiene alguna recomendación que ayude al empleado en el proceso:

Si el acomodo solicitado por el empleado o cualquier otra alternativa no es posible, explique detalladamente la razón: (Puede utilizar pliegos de papel adicional si es necesario).

Nombre:

Firma:

Fecha:

Discutido con el empleado en

Nota:

El empleado debe ser informado de todas las gestiones realizadas en su petición.
El proceso de acomodo razonable incluye información médica sobre limitaciones o impedimentos. debe manejarse en forma confidencial. La atención no adecuada y a tiempo de una petición de acomodo, conlleva penalidades, ya que está cubierto por la Ley Federal ADA. Esta información es confidencial cubierta por la Ley HIPAA.

